

Kasuistischer Beitrag  
zum Spieluhrphänomen

Theresiamma Natalia Vadakuncherry

1970





Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41548328\\_0093](https://archive.org/details/IA41548328_0093)



AUS DER NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Komm. Direktor : Prof. Dr. M. KAESS

---

Kasuistischer Beitrag  
zum Spieluhrphänomen

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin  
verfaßt und  
einer Hohen Medizinischen Fakultät  
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Theresiamma Natalia Vadakuncherry  
aus Edanad/Indien

München 1970

---



Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität  
München

Berichterstatter :                      Prof. Dr. Heinz DIETRICH  
Mitberichterstatter :                  Prof. Dr. M. KAESS  
Dekan :                                  Prof. Dr. Med. dent. Ewald KRAFT  
Tag der mündlichen Prüfung : 28. 7. 1970

## INHALTSVERZEICHNIS

|                      | Seite |
|----------------------|-------|
| Einleitung           | 5     |
| Der Fall Auguste B.  | 7     |
| Epikrise             | 16    |
| Diskussion           | 18    |
| Zusammenfassung      | 27    |
| Literaturverzeichnis | 29    |
| Lebenslauf           | 32    |



## E I N L E I T U N G

Erstaunlicherweise wurden stereotype Erscheinungsformen erst gegen Ende des letzten Jahrhunderts zum Gegenstand ernsthafter psychischer Betrachtungen. Stereotypien galten bei den verschiedensten Krankheiten bis dahin als unbedeutende Randerscheinungen. Die Beschäftigung mit solchen Nebenfunden wurde im schlimmsten Falle sogar als Narretei verworfen. Diese Situation änderte sich rasch. Die nun einsetzende Flut an Beobachtungen und Deutungen erfuhr jedoch erst im Laufe der folgenden fünfzig Jahre eine differenzierte Gliederung. Ein Streifzug in die Zeit um die Jahrhundertwende zeigt an der oft gegensätzlichen Deutung der Stereotypien, mit welcher Unsicherheit man diesen Erscheinungen gegenüberstand.

In der Arbeit soll den Stereotypien der Sprache das ihnen ähnliche Spieluhrphänomen gegenübergestellt werden.

Von KAHLBAUM ist uns aus dem Jahre 1874 eine anschauliche Darstellung einer Stereotypie überliefert. Seine Aufmerksamkeit widmete er besonders der Verbigeration, die er als psychopathische Erscheinung definierte. Bei dieser wiederholt der Kranke bedeutungs- und zusammenhangslose Worte im scheinbaren Charakter einer Rede. Diese Form der Redesucht ordnete KAHLBAUM dem von ihm erstmals beschriebenen Krankheitsbild der Katatonie zu. Sinnlosigkeit der Rede und ihre unablässige Wiederholung nannte er als hervorstechende Merkmale.

"Sinnlosigkeit der Rede" an diesem Kriterium entzündeten sich die Meinungsverschiedenheiten. NEISSER, der sich zum Wortführer einer Gruppe gemacht hatte, rechnete stereotype Reden, die einen Zusammenhang mit halluzinatorischen Ereignissen erkennen ließen, nicht zu den Stereotypien im Sinne KAHLBAUMS. BLEULER nahm in seiner Monographie über die Schizophrenie dagegen Stellung. Er

forderte, daß der Begriff der Stereotypie auch Abwehrhandlungen gegen Stimmen und Wahnideen beinhalten müsse. Er begründete seine Ansicht damit, daß die Ziele solcher Handlungen nicht in der Wirklichkeit, sondern in der autistischen Welt des Kranken zu suchen seien.

WERNICKE abstrahierte so sehr, daß er jedes eintönige rhythmische Wiederholen eines oder mehrerer Worte eine Verbigeration nannte.

ZIEHEN, KRAEPELIN und HEILBRONNER, Anhänger dieser Auffassung, legten sie so großzügig aus, daß sie auch monotones Jammern, wie zum Beispiel: "Oh, Gott ! Oh, Gott !" als Verbigeration bezeichneten.

KLÄSI schrieb: "Unter Stereotypien verstehe ich Äußerungen auf motorischem, sprachlichem und gedanklichem Gebiet, die von einer Person oft während sehr langer Zeit immer in der gleichen Form wiederholt werden, und die, vom Gesamtgeschehen vollständig losgelöst, d.h. autonom, weder eine Stimmung ausdrücken, noch sonst einem Zweck in der objektiven Wirklichkeit angepaßt sind."

Im Jahre 1900 veröffentlichte LIEPMANN seine Arbeit: "Ein Fall von Echolalie, Beitrag zur Lehre von den lokalisierten Atrophien." Eine den Stereotypien ähnliche Erscheinung sieht er darin, daß der Kranke seinen Gesprächspartner nachahmt. Als auffällig bezeichnet er das erhaltene Verstehen der Worte, jedoch ohne Verständnis ihres Sinnes, und das fehlerlose Nachsprechen bei äußerst reduzierter Spontansprache. Echolalie ist dadurch ausgezeichnet, daß nicht nur nachgesprochen werden kann, sondern automatisch, zwangsmäßig, nachgesprochen wird.

1927 prägt CARL SCHNEIDER in seiner Arbeit über die Pick'sche Atrophie den Begriff der "stehenden" Redensarten. Darunter versteht er die Wiederholung ganzer Worte oder Sätze, die ihrem Charakter nach nicht den Stereotypien zugeordnet werden

können. Er interpretierte auch die Beobachtungen von LIEPMANN, STERTZ und PICK und betonte den eigenständigen Charakter der "stehenden" Redensarten gegenüber den Stereotypen.

Im Jahre 1930 hat MAYER-GROSS das Spieluhrphänomen beschrieben. Es entspricht ziemlich genau den "stehenden" Redensarten CARL SCHNEIDERS. Er rechtfertigte die Hervorhebung einer solchen klinischen, symptomatischen Kleinigkeit, indem er auf die Schwierigkeiten verwies, die die Auflösung und Aufteilung der organischen Demenz stellt.

In der neueren Literatur findet sich kein Fall mehr, bei dem das Spieluhrphänomen beschrieben worden ist. Mit der Darstellung des Falles der Auguste B. möchte ich die typischen Unterschiede zwischen einer Stereotypie der Sprache und dem Spieluhrphänomen erneut aufzeigen.

#### DER FALL AUGUSTE B.

Vom 25. März 1966 bis 19. Mai 1966 befand sich Auguste B. zur stationären Behandlung in der Nervenlinik der Universität München. Am 16. Juli 1966 wurde sie erneut in Behandlung genommen. Bei der Aufnahme wirkte die Patientin widerstrebend und ihrer Krankheit gegenüber einsichtslos. Ihr Äußeres erschien etwas verwahrlost. Die Angaben ihrer Familien- und Eigenanamnese erhielten wir von ihrem Ehemann.

In der Familienanamnese finden sich keine Anhaltspunkte für eine ererbte psychische Krankheit. Beide Eltern waren bereits einmal verheiratet und brachten Kinder mit in die Ehe. Unsere Patientin blieb das einzige Kind in dieser neuen Verbindung und wuchs gleichsam als Nesthäkchen auf. Die Ehe der Eltern verlief harmonisch. Der Vater arbeitete als selbständiger Metzgermeister. Als unsere Patientin zwölf Jahre alt war, starb er zweiundsechzigjährig an einem Herzleiden. Im gleichen Haus wohnten später noch

ein Sohn der Mutter und eine Stiefschwester. Es bestanden jedoch so große Altersunterschiede, daß keine bedeutsameren Bindungen entstehen konnten.

Die heute vierzigjährige Patientin wurde in München geboren. Ihre Kindheit verbrachte sie in einer guten Atmosphäre. Sie wurde streng katholisch erzogen und gehörte der katholischen Jugend an. Als durchschnittliche Schülerin besuchte sie acht Jahre lang die Volksschule. Anschließend war sie in einer kaufmännischen Lehre und arbeitete bis zu ihrer Verheiratung mit zwanzig Jahren im Tabakgeschäft der Mutter. Nach ihrer Heirat war sie im Haushalt tätig.

Damals war sie ein hübsches, aufgewecktes Mädchen, kraftsprühend, lebhaft und unternehmungslustig. Sie konnte Gesellschaften mit ihrem Frohsinn unterhalten, war jederzeit zu Scherzen und Spaß aufgelegt. Sie sei eine "Betriebsnudel" gewesen, auffallend lustig und ausgelassen, schlagfertig, humorvoll, hübsch, elegant und gepflegt. Als der Ehemann einmal seine Frau auf dem Oktoberfest suchte, fand er sie in einem Bierzelt, wo sie mit Charme und viel Schwung das Orchester dirigierte.

Im Jahre 1951 hatte die Patientin geheiratet. Bis zum Jahre 1957/58 war die Ehe außerordentlich glücklich und gut verlaufen. Eine Wende trat erst ein, als das heißersehnte Kind geboren wurde und im Jahr darauf die Mutter der Patientin starb. Das Verhältnis zur Mutter war sehr herzlich gewesen; als Nesthäkchen ist die Patientin sicherlich ein wenig bevorzugt und verwöhnt, nach dem Tod des Vaters besonders geliebt worden.

Kurz nach dem Tod der Mutter traten bei ihr die ersten psychischen Veränderungen auf. Plötzlich litt sie unter Verfolgungsvorstellungen und fürchtete, daß man ihr das Kind wegnehmen könnte. Sie verdächtigte sogar ihre Stiefschwester, daß sie ihr Kind vergiften wolle und behauptete beharrlich, daß sich ihr Kind nur aus diesem Grunde schon einmal erbrochen hätte. Nach diesem Vorfall

waren sie damals in eine neue Wohnung gezogen. Die ängstliche Grundhaltung änderte sich jedoch nicht. Jetzt begann sie sich zu vernachlässigen; die nahm sehr an Gewicht zu und ihr hübsches Äußeres verwahrloste zusehends. Die alten Kleider paßten nicht mehr und neue wollte sie nicht kaufen. Zum Friseur wollte sie ebenfalls nicht mehr gehen. Der Haushalt lag darnieder und sie begann zu trinken. Sie stand überall nur im Wege, kochte nicht mehr und lag viel im Bett. Ihre Gespräche drehten sich immer um dasselbe Thema: ob ihre Lieben auch immer bei ihr blieben, ob niemand das Kind wegnehmen wolle, und ob ihr Mann sie auch noch lieb hätte.

Im Jahre 1960/61 verhielt die Patientin sich dann ganz anders. Ihre Lethargie schien geschwunden, sie war plötzlich wieder ausgelassener, jedoch keineswegs fröhlich. Sinnlos verschleuderte sie das Geld, welches ihr in die Hände kam, gab es für Spielzeug, Kleider und Dinge aus, die niemand benötigte. Einmal spendete sie in der Kirche fünfzig Mark, um den lieben Gott zu bestechen, ihr das Kind nicht wegzunehmen. Später durfte man ihr kein Geld in die Hände geben, denn sie setzte jeden Pfennig in Kognak um. Oft hinderte sie ihren Ehemann am Verlassen der Wohnung. Sie stand dann hinter ihm, klammerte sich an ihn und jammerte ununterbrochen: "Gell, Du gehst doch nicht von mir, wir bleiben doch zusammen." Genauso verhielt sie sich dem Kind gegenüber. Einmal besuchte sie die Schule und bat die Lehrerin, ihr das Kind nicht wegzunehmen. Sie weinte viel, grübelte stumpf vor sich hin und war nicht zum Ausgehen zu bewegen. Kamen Freunde zu Besuch, hielt sie sich im Hintergrund, blieb zurückhaltend und beteiligte sich nicht an den Gesprächen. Sie unterbrach nur hin und wieder die Unterhaltung mit bittenden und flehenden Gebärden und bat, daß man ihr das Kind lassen solle und die Familie zusammenbleiben müsse. Tagsüber schlief die Patientin und störte nur abends das Kind und den Ehemann mit ihrer Fragerei.

Ihr Interesse für viele Dinge war erloschen. Sie ging nicht mehr zur Kirche und war religiösen Dingen gegenüber unaufgeschlossen und desinteressiert. Ihr Gedächtnis hatte sich jedoch noch nicht auffallend verschlechtert, sie konnte sich auch zeitlich und örtlich recht gut orientieren. Der Ehemann mußte allerdings nun schon seit Jahren den Haushalt besorgen und das Kind betreuen, denn seine Frau war nicht mehr im Stande, diese Dinge zu verrichten. Seit sechs Jahren schon befand sich die Patientin in hausärztlicher Behandlung. Eine einschneidende Besserung konnte nicht erzielt werden.

Am 25. März 1966 kam die Patientin in Begleitung ihres Ehemannes zum ersten Mal auf die Station unserer Klinik. Sie dissimulierte wiederholt ihre Beschwerden und wollte nicht dableiben. Immerfort wiederholte sie, daß es ihr gut gehe, sie habe ihren Mann und das Kind lieb und möchte wieder nach Hause. "Bitte, liebe, feine Frau Doktor, lassen Sie mich wieder heim." "Bitte, liebe, Frau Doktor, lassens mich wieder heim." Das wiederholte sie etwa zwanzigmal, schlug immer wieder die Hände bittend ineinander, kniete sogar zweimal auf den Boden nieder, ihre Bitten unterstreichend. Mehrmals ergriff sie die Hand der Ärztin, küßte sie hastig, und als man sie mit sanfter Gewalt von ihrem Ehemann trennte und sie auf die Station brachte, brach sie schließlich in Weinen aus. Sie klammerte sich fest an ihren Ehemann und bettelte wie ein Kind: "Gell, ich muß nicht hier bleiben, ich darf doch wieder heim." Später auf der Station wandte sie sich hilfesuchend an die Stationsärztin und fuhr mit weinerlicher Stimme fort: "Bittschön, Frau Doktor, lassens mich wieder heim, ich bin ja gar nicht krank, mir geht's ja so gut, bittschön, Frau Doktor, lassen Sie mich wieder heim." Immer wieder betonte sie von neuem, wie sie zu Hause den Himmel auf Erden hätte. Sie sei eine glückliche Frau, wenn sie nur wieder heim zu Mann und Kind dürfe. Mehrmals ergriff sie wieder die Hand der Ärztin und küßte sie mit hastiger, unterwürfiger Gebärde. Zweimal glitt sie sogar vom Stuhl und kniete mit flehend erhobenen Händen nieder.

Auf Fragen gab sie keine richtigen Antworten, dissimulierte sämtliche Beschwerden und wiederholte mit der Stereotypie einer Schallplatte, wie glücklich sie sei, wie gut es ihr gehe, und schloß immer wieder die Bitte an, ob sie nicht gleich wieder nach Hause dürfe. Erst auf energisches Zureden hin hielt sie wenigstens für wenige Minuten mit ihren flehenden Bitten inne, schaute unterwürfig und traurig vor sich hin und versprach, nicht mehr zu jammern. Wenig später fiel sie jedoch in ihren wimmernden Zustand zurück.

Bei der Untersuchung fielen Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses auf. Zeitlich und örtlich schien die Patientin nicht voll orientiert zu sein. Aus der Anamnese ergab sich zum Beispiel keine Frühgeburt ihres Kindes. Im Gegensatz zu ihrem Ehemann aber erzählte sie, daß ihr Kind ein acht Monate altes Frühgeborenes gewesen sei. Da habe sie ein bisserl ein schlechtes Gewissen, weil sie es nicht so früh hätte bringen dürfen. In der Zeit, als sie mit der Kleinen schwanger gewesen war, waren sie umgezogen. Vielleicht hatte sie sich dabei etwas überanstrengt, deshalb machte sie sich auch Vorwürfe. Sie meinte, daß sie schon immer ängstlich gewesen sei, sie hätte es sich früher nur nicht anmerken lassen. "Ich war halt ein dummes, kleines Ding, aber jetzt bin ich glücklich. Ich häng ja so an dem Kind, Frau Doktor, glauben Sie mir's, ich habe ihm doch nichts Böses getan, ich will ihm doch nur Gutes. Ich hab's doch so lieb, die Kleine. Bittschön, Frau Doktor, lassens mich wieder heim."

Ein anderes Mal sagte sie: "Es geht mir ja so gut, liebe Frau Doktor, vormittags hab ich mir ein Glaserl Schnaps gekauft, für ein Markerl nur, aber jetzt, bittschön Frau Doktor, lassens mich wieder heim."

Tagsüber lag die Patientin teilnahmslos und ausgesprochen antriebsarm im Bett und wiederholte immer wieder, einer Spieluhr ähnlich, dieselben Fragen, ob sie wieder heim dürfe. Nach wie vor stand sie ihrer Krankheit einsichtslos gegenüber. Immer wieder

betonte sie: sie sei der glücklichste Mensch, wenn sie nur wieder nach Hause könne, sie habe es ja dort so gut, weil sie den liebsten Mann und das beste Kind besitze.

Bei weiteren Untersuchungen ließ sich der Verdacht auf einen hirnatrophischen Prozeß weder durch ein EEG noch durch ein Pneumenzephalogramm bestätigen. Der Liquor war ebenso regelrecht zusammengesetzt.

Bei der testpsychologischen Untersuchung bestätigte sich allerdings der Eindruck eines schweren organischen Psychosyndroms mit deutlicher Wesensänderung im Sinne einer allgemeinen Verarmung der Gedankenabläufe sowie der allgemeinen geistigen Fähigkeiten. Der I. Q. nach Hawie betrug 62 und entsprach somit einer Debität. Gerade bei diesem Test traten sehr gut die schweren Störungen von Gedächtnis und Merkfähigkeit zutage sowie ein Mangel an Orientierungsvermögen und die stark beeinträchtigte Kritikfähigkeit. Da das Leistungsprofil der einzelnen Untertests erhebliche Schwankungen aufwies und eine signifikante Differenz zwischen dem Verbal- und dem Handlungsteil bestand (73/60), war eine organisch bedingte Intelligenzstörung bei der Patientin anzunehmen. Die Ergebnisse der Leistungsteste lagen ebenfalls außerordentlich niedrig. Die Fehlerzahl beim Bourdondurchstreichtest war deutlich erhöht. Im Labyrinthtest ließen die vielen Fehler bei verlängerter Bearbeitungszeit auf eine Störung des Orientierungsvermögens schließen und die sehr geringe Kritikfähigkeit erkennen. Die Patientin war nicht in der Lage, die Situationen auch nur annähernd richtig zu erfassen und planvoll zu handeln.

An therapeutischen Maßnahmen wurde sie mit Neurocil und Essentialen behandelt, da es durch den Alkoholabusus zu einer starken Leberschädigung gekommen war. Sie wurde zusätzlich mit Elektroschocks behandelt. Die Patientin wurde zuletzt frischer und aufgeschlossener, die schwere Wesensänderung konnte jedoch nicht wesentlich beeinflußt werden. Am 19. 5. 1966 konnte die Patientin unter der Diagnose: schweres organisches Psychosyndrom mit Wesens-

änderung und dem Verdacht auf einen hirnatrophischen Prozeß, entlassen werden.

Der geringe Behandlungserfolg war nicht von langer Dauer. Schon wenige Monate nach der Entlassung erschien die Patientin am 16. 7. 1966 mit ihrem Ehemann in der Klinik.

Der Ehemann berichtete : Nach der Entlassung war seine Frau frischer und aktiver und zeigte den guten Willen, wenigstens die Hausarbeit wieder zu verrichten. Im Ganzen wirkte sie auch ausgeglichener und ruhig. Der ehemalige Schwung fehlte ihr aber immer noch. Sie blieb morgens lange im Bett liegen und verschob Arbeiten von einem Tag auf den anderen. Als er dann endlich selber diese Arbeiten, zum Beispiel Fensterputzen, übernahm, stellte sie sich nur dazu, ohne selber Hand anzulegen. Immer häufiger bat sie auch wieder um Bier oder Schnaps. Er hatte ihr keinen Alkohol gegeben, war aber überzeugt, daß sie Wege gefunden hatte, sich diesen in kleineren Mengen selber zu beschaffen. Häufig behauptete seine Frau, sie hätte Stimmen von der Straße oder von Nachbarnsleuten gehört, die in ihr Zimmer drangen. Es handelte sich um Satzketzen ungefähr folgenden Wortlautes : "Dir zeig ich's schon, Du kommst ja doch noch fort."

Hatte seine Frau in den ersten Wochen nach der Entlassung auch einmal mit anderen Leuten gesprochen, so zog sie sich doch bald wieder von Unterhaltungen zurück und beschränkte sich darauf, wie eine Schallplatte immer und immer wieder die gleichen Fragen zu stellen, was sich besonders nachts als sehr quälend erwies. Auch bedrängte sie wieder fremde Menschen mit der Frage, ob denn ihr Kind wirklich dableibe ?

Als sie die Stationsärztin sah, brach sie sogleich in Tränen aus und bat mit flehentlicher Gebärde : "Bittschön, Frau Doktor, lassens mich wieder heim." Diese Frage wiederholte sie noch unzählige Male in leichten Variationen, unter gleichzeitigen Beteuerungen, daß sie ihrem Kinde eine gute Mutter sei, zu Hause alles recht mache und

nicht im geringsten krank sei.

Psychomotorisch wirkte sie gehemmt und apathisch. Ihr Gesichtsausdruck war leer und traurig, wenn man sich nicht mit ihr beschäftigte oder wenn sie nicht ihre drängenden Fragen vorbrachte. Während des Gespräches fiel eine deutliche Affektinkontinenz auf, ein trauriger Affekt blieb immer im Vordergrund. Ihre ganze Erscheinung stand im krassen Widerspruch zu ihren Behauptungen: sie sei die glücklichste Frau, wenn sie nur wieder nach Hause zu Mann und Kind dürfe. Als sie sah, daß ihr Bitten und Drängen keine Resonanz fand, fiel sie vor der Ärztin auf die Knie, erfaßte deren Hände, küßte sie hastig und hoffte, dadurch die Erfüllung ihrer Wünsche zu erreichen. Schließlich überzog ein Ausdruck tiefster Enttäuschung und Traurigkeit ihr Gesicht und sie brach in Weinen aus. "Mir geht's hier ja so gut, wie ich es gar nicht verdiene. Aber ich möcht' halt wieder heim zu meinem Kind. Bittschön, Frau Doktor, lassens mich wieder heim." Auf die Stimmen angesprochen, meinte sie, daß sie solche tatsächlich gehört habe. Es glaube ihr nur niemand und es hieße, es seien nur Einbildungen gewesen. Sie hatte mehrfach auf der Straße folgende Sätze gehört: "Der zeigen wir's schon" oder auch "Wart nur, Dich bringen wir schon noch weg." Sie befürchte halt immer, daß sie von ihrem Mann und von dem Kind getrennt werde.

Als ihr eine Schockbehandlung verordnet wurde, war sie ganz entsetzt und bat immer wieder: "Bitte, bitte, keinen Schock, ich hab' so Angst." Frage: "Warum Angst?" "Ja, Angst vor dem Teufel, wenn ich sterbe." Während dieser Exploration war aufgefallen, daß die Patientin doch noch in der Lage war, das Gesagte richtig zu erfassen und gemüthhaft daran teilzunehmen.

Während der 3-monatigen Behandlung hatte sie fünf Elektroschocks bekommen. In der letzten Zeit fiel das vermehrte Schlafbedürfnis und die maßlose Eßlust auf. Unter anderem verzehrte sie innerhalb weniger Minuten acht Pfirsiche und hielt nicht eher ein, bis sie alles aufge-

gessen hatte. Auch dieses Mal gelang nicht der Nachweis eines hirnatrophischen Prozesses. Ein wenig gebessert wurde die Patientin schließlich entlassen.

Ein drittes Mal kam die Patientin am 24. März 1968 zur Aufnahme. Ich hatte selber Gelegenheit, die Patientin zu beobachten und konnte feststellen, daß sich am Verhalten der Frau nichts Wesentliches geändert hatte. Zu Hause war die Patientin zunächst wieder umgänglicher gewesen, hatte sich aber zuletzt geweigert, weiterhin ihre Beruhigungstabletten einzunehmen. Schließlich verfiel sie wieder in ihre Melancholie. Sie behinderte den kleinen Haushalt durch ihr Verhalten und belastete Mann und Kind durch ihr anhaltendes Fragen und Weinen.

Mein Erscheinen löste jedesmal sich ähnelnde Verhaltensweisen der Patientin aus. Sie wurde stets unruhig und fragte mehrmals bittend, daß man sie doch nach Hause lassen sollte. "Bitte, liebe Frau Doktor, lassens mich wieder heim, bitte, lassens mich wieder heim." Dabei geriet sie immer mehr außer sich, bis sie schließlich nicht mehr ansprechbar war. Sobald sie wieder ruhig war, spiegelten ihre Gesten Unterwürfigkeit, vor allem aber Resignation und Trauer wider. Sichtlich fröhlicher wurde sie, wenn ich ihr in Aussicht stellte, daß sie bald wieder nach Hause dürfe.

Meist antwortete sie auf meine Fragen völlig verzagt und mit weinerlicher Stimme. Auf meine Fragen, wie es ihr denn ginge, antwortete die Patientin: "Mir fehlt nichts, die Frau Doktor sagt, ich soll hier bleiben, aber zu Hause bin ich doch ganz gesund. Bitte, lassens mich wieder heim, bitte, lassens mich wieder heim." Diese Bitte wiederholte sie unaufhörlich, begleitet von immer stärker werdender Erregung, bis sie schließlich völlig ihre Beherrschung verlor.

Auf die Frage nach dem Befinden ihres Kindes wurde sie ganz aufgeregt, wollte das Kind sehen und weinte immer heftiger, sodaß ich solche Fragen vermeiden mußte.

Auf die Frage nach dem heutigen Datum wußte sie nicht zu antworten. Auf einem Kalender, den ich ihr daraufhin gab, konnte sie sich nicht orientieren. Dabei fiel ihre große Unselbständigkeit auf. Selbst zu den kleinsten Handlungen mußte ich sie anleiten. Es war sehr schwer mit der Patientin ein kleines Gespräch anzuknüpfen. Manchmal gelang es überhaupt nicht. Bei mehrmaligen Besuchen konnte ich keine bedeutsamen Besserungen ihres bedauernswerten Zustandes beobachten.

Meiner Aufgabe entsprechend achtete ich besonders auf die Veränderungen ihrer Sprache. Dabei fiel mir besonders die Tatsache auf, daß das Bitten und Weinen der Patientin, die von den anderen Kranken als ziemlich ruhig bezeichnet wurde, besonders an das Erscheinen eines Arztes oder Pflegers gebunden erschien. Dabei nahm sie sichtbaren Anteil an dem, was die vorbrachte, steigerte sich gleichsam in ihre Rolle hinein, bis sie endlich ihre Fassung verlor. Der Inhalt und Wortlaut ihrer Bitten variierte nur unwesentlich. Sie wolle nach Hause zu Mann und Kind, dort sei sie gesund, dort gehe es ihr gut.

Auch bei diesem letzten Aufenthalt im Krankenhaus konnte kein hirnatrophischer Prozeß nachgewiesen werden, sodaß immer noch die bisherige Verdachtsdiagnose bestehen bleibt.

## E P I K R I S E

Es handelt sich um eine jetzt 40-jährige Frau, die seit 10 Jahre im Anschluß an die Geburt ihres einzigen Kindes, psychisch zunehmend verändert erschien. Sie begann unter Verfolgungswahn zu leiden, hatte Angst, daß man ihr das Kind vergiften oder entführen wolle und verdächtigte andere Leute grundlos. Schließlich wurde sie in die Universitätsklinik in München eingeliefert. Hier dissimulierte sie alle ihre Beschwerden und fiel durch ihr dauerndes, inständiges Bitten, entlassen zu werden, auf. Immer wieder bat sie Ärzte und Pfleger, daß

man sie entlassen solle, weinte viel und stand ihrem Kranksein wenig einsichtsvoll gegenüber.

Verschiedene psychologische Tests lenkten den Verdacht auf ein organisches, hirnatrophisches Geschehen. Die Testergebnisse ergaben Störungen des Gedächtnisses und Orientierungsvermögens. Der I. Q. von 62 entsprach einer Debilität. Mit Hilfe des EEG's und der Pneumenzephalographie glückte es nicht, einen hirnatrophischen Prozeß nachzuweisen.

Durch Elektroschocks konnte das Befinden der Patientin vorübergehend gebessert werden. Nach verhältnismäßig kurzer Zeit mußte die Patientin jedoch noch zweimal stationär aufgenommen werden. Ihr Zustand hatte sich kaum verändert; eher kann man eine Verschlechterung annehmen. Im Vordergrund standen nach wie vor die verängstigte Grundhaltung, die eingeschränkte Gedankenwelt, das anfallartige Weinen und Bitten, die fehlende Kritikfähigkeit und die abgeschwächte Intelligenz.

Sie wird unter der Diagnose eines organischen Psychosyndroms und dem Verdacht auf einen hirnatrophischen Prozeß behandelt.

## DISKUSSION

Der Fall der Auguste B. ist noch nicht endgültig geklärt und nicht abgeschlossen. Er erscheint aber geeignet, ein Beispiel für das Spieluhrphänomen abzugeben. Ich möchte ihn zum Anlaß nehmen, im folgenden Teil die Stereotypie der Sprache dem selten beobachteten Spieluhrphänomen gegenüberzustellen. Zunächst gebe ich eine Definition der Verbigeration - so wird die Stereotypie der Sprache bezeichnet; es folgen einige Beispiele, und schließlich gebe ich einen Querschnitt durch die Bemühungen, diese Erscheinung zu erklären und zu verstehen. In ähnlicher Weise werde ich mit der Darstellung des Spieluhrphänomens verfahren. Im letzten Teil werde ich Zitate aus der Fallbeschreibung heranziehen, um an Hand dieser Beispiele die Gegensätze zwischen beiden Erscheinungen deutlicher hervorzuheben.

Man war sich lange nicht einig darüber, welche Bedeutung man dem Symptom Verbigeration zukommen lassen sollte. Manche Autoren waren zu recht unterschiedlichen Definitionen gelangt, die die Grenzen manchmal zu eng, manchmal aber auch viel zu weit absteckten. Der Hang, jedes Symptom einem bestimmten Krankheitskomplex zuzuordnen, verführte zu einseitigen Interpretationen. Heute dürfen wir großzügiger verfahren und laufen kaum Gefahr, in diagnostische Sackgassen zu geraten. Dennoch dürfen wir als gesichert ansehen, daß die Verbigeration besonders häufig bei der Schizophrenie, aber auch bei exogenen Psychosen beobachtet werden kann.

Für die Verbigeration gelten die typischen Merkmale jeder anderen Stereotypie: stereotype Wiederholung einer Handlung motorischer oder gedanklicher Art, ohne einem bestimmten Geschehen zugehörig zu sein. Bei der Verbigeration handelt es sich um die immerwährende Wiederholung bedeutungs- und zusammenhangsloser Worte und Sätze. Der Kranke verbigert ohne Zwang und benötigt

zur Auslösung keinen besonderen Anstoß oder Anlaß. Der Inhalt seiner Rede erscheint zufällig und sinnlos, er verfolgt mit ihr kein Ziel und erwartet keinerlei Reaktionen seitens seines Gegenüber. Dementsprechend wirkt der Tonfall seiner Rede oftmals monoton und gleichgültig. Im Gegensatz dazu steht zum Beispiel das Bemühen eines perseverierenden Kranken, von einem Wort loszukommen, das er auf Grund eines organischen Unvermögens stereotyp wiederholt.

KRAEPELIN beschreibt, wie Patienten Redewendungen geradezu "tothetzen." Einer seiner Kranken schloß jeden Satz mit den Worten: "Das gibt's bei uns Deutsche net." Ein anderer Kranker flocht regelmäßig in seine Unterhaltung die Worte: "Bittschön, bittschön" ein; und andere antworteten stereotyp immer mit: "Gewiß, gewiß"; oder einer ähnlichen Form der Zustimmung und des Verstehens.

Bei anderen Kranken findet sich die Verbigeration ausgeprägter. Es werden nicht nur ganze Worte wiederholt, sondern auch ganze Sätze. Eine Kranke wiederholte stundenlang in rhythmischem Tonfall folgende Sätze: "Ich bitte Sie, bringen Sie mich in ein anderes Bett, in das Bett, wo gestern angemacht worden ist; sonst komme ich nicht mehr aus der Hölle heraus. Jesus, lieber Meister mein, laß mich dir treu empfohlen sein; führe mich die rechte Bahn, ach führe mich doch Himmel an. Sie sind meiner Mutter ihre Kammerjungfer, und meine Mutter ist auch da."

Diese wenigen Beispiele mögen zur Veranschaulichung genügen.

Da die Verbigeration weder eine Ausdrucksform ist noch eine Kommunikations- oder Informationsfunktion zu erfüllen hat, müssen wir ihre Entstehung aus anderen Ursachen zu verstehen suchen. Auch bei der Verbigeration finden wir oftmals das bestätigt, was auf andere stereotype Erscheinungen zutrifft. Wir können die Herkunft dieser Erscheinungen aus der Vergangenheit des Patienten begreifen. Bei Katatonikern können wir zum Beispiel beobachten,

wie sie eine Bewegung, ein Nicken des Kopfes, Abwischen des Gesichts oder Auslöffeln einer Suppe nicht beenden können, sondern eine Zeitlang damit fortfahren. BLEULER hat beobachtet, daß besonders starker, begleitender Affekt eine Handlung stereotypisiert, die dann ohne äußeres Dazutun wiederholt wird. Bei häufiger Wiederholung erfährt diese Handlung mit der Zeit Abkürzungen in der Form oder sie wird in Bezug auf den Ort verlegt. "Ein ursprünglich onanistisches Wetzen mit dem Becken kann auf diesem Wege schließlich in ein Schütteln des Kopfes übergehen. Auf diese Weise können bei Katatonikern stereotype Bewegungen entstehen, die oft Jahrzehnte überstehen und dem Beobachter wie dem Kranken sinnlos erscheinen." Manieren können stereotypisieren, zum Beispiel eine besondere Mimik beim Begrüßen, oder ein bestimmter Tonfall in der Rede bei besonderen Anlässen. Später erscheinen diese Manieren unabhängig von der ursprünglichen begleitenden Handlung und ergeben keinen Sinn. Einen ähnlichen Mechanismus können wir uns für irgendwelche Redensarten ebenfalls vorstellen. Solche Äußerungen sind demzufolge nicht jeglichen Aussagewertes entkleidet. Sie stellen Reste ehemaliger Sprechhandlungen dar, die in zunehmendem Maße abgeschliffen und ihres ursprünglichen Gehaltes beraubt werden. Zuletzt beeindrucken sie durch ihren eigenartigen, monotonen Rhythmus und die Verstümmelung der einzelnen Satzbestandteile. Sie sind dann nicht mehr beeinflussbar, sondern haben den Charakter eines autonomen Geschehens. Der Kranke führt keinen Monolog mit sich selber, die Art der Rede erinnert vielmehr an einen unbewußten Vorgang. Der Kranke bleibt passiv gegenüber dem Gesprochenen, ist am Geschehen unbeteiligt.

Wie es zu der Entleerung, Automatisierung der Monotonie und Rhythmisierung kommt, darüber herrschen verschiedene Ansichten. Keine gibt uns eine befriedigende Erklärung.

KAHLBAUM und MENDEL glaubten, Reizerscheinungen von Seiten

des Großhirns als Ursache dieses Geschehens annehmen zu dürfen. KAHLBAUM führte die Verbigeration auf klonische Krämpfe in den Nervenbahnen zurück, MENDEL auf Reizzustände im Sprachzentrum der Rinde. JASTROWITZ und FAUSER gaben dem Ausfall des hemmenden Einflusses der Hirnrinde auf gewisse Reizvorgänge im Sprachzentrum die Schuld. NEISSER und BLEULER erklärten diese Theorien jedoch für unzulänglich, da ein klonischer Krampf zum Beispiel niemals eine so komplizierte Äußerung hervorrufen könne, bestenfalls einmal einen Mutismus verursache.

NEISSER, PFERSDORF, SOMMER, R. VOGT, W. LIEPMANN und HEILBRONNER suchten die Ursachen nicht in Reizwirkungen, sondern in Hemmungen, die sich der Betätigung neuer Reize entgegenstellen. NEISSER führte aus, daß sich der freien Entfaltung des Redetriebes organisch funktionelle Widerstände entgegenstellten. Dies geschehe in Gestalt von Gebundenheit oder Hemmung. Dadurch sei ein Loskommen von bestimmten Worten erschwert oder ganz unmöglich gemacht. Diejenigen Bahnen, die einmal durch mächtige Impulse freigemacht worden seien, blieben auch in der Folge gangbarer und würden deshalb bei fortgesetztem Redetrieb immer wieder benützt.

KRAEPELIN hat die Verbigeration mit dem Fehlen einer ausgeprägten, zielbewußten Willensrichtung und der mangelhaften Ausbildung von Leitvorstellungen deuten wollen. "Im gesunden Leben wird jeder Antrieb, sobald er sein Ziel erreicht hat, durch andere Willensäußerungen verdrängt, die der Fortsetzung des zweckbewußten Handelns dienen. Wo aber die planmäßige Verfolgung bestimmter Ziele gestört ist und dennoch der allgemeine Drang zur Willensäußerung besteht, hat ein einmal ausgelöster Trieb größte Aussicht, immer wieder erneuert zu werden, solange die noch lebendigen Spuren nicht durch neue Regungen verwischt werden."

Heute hat man solche Theorien weitgehend aufgegeben. Man spricht vielmehr von Störungen des Bewußtseinsfeldes, einer Stö-

rung der Merkfähigkeit, Konzentration und Wahrnehmung. STERTZ erklärte folgendermaßen: "Die Neigung von Reizvorgängen, in einmal gebahnte Wege einzumünden, gehört zur ursprünglichen Beschaffenheit der nervösen Substanz. Die Ausbildung dieser Tendenz wird durch die Entwicklung des Seelenlebens und seiner vielfältigen Ausdrucksmittel gehemmt. Es könnte daher dem intellektuellen Verfall ihre Wiederaufdeckung zugeschrieben werden."

Der Verbigeration zu vergleichende Erscheinungen finden wir nicht nur bei verschiedenen Krankheiten. Vorzugsweise können alte Menschen stereotyp kleine Sätze belanglosen Inhalts wiederholen. Hier können wir eine "physiologische Alterserscheinung" annehmen (BRONISCH). Dieses Phänomen hat seine Ursache in einer mangelhaft gewordenen Blutversorgung und beginnenden Degeneration der Großhirnzellen. Eine ähnliche Ursache mag bei anderen Krankheiten, die das Symptom der Verbigeration aufweisen, ebenfalls zugrundeliegen.

Während der verbigerierende Kranke seine Worte und Sätze ohne Zwang und gleichsam unbeteiligt vor sich hin ausspricht, finden wir, daß beim Spieluhrphänomen ein zwanghaftes Geschehen vorherrscht, an dem der Patient emotionell beteiligt erscheint. Bei bestimmten Anlässen wiederholt der Kranke immer wieder walzenförmig ganze Sätze und Geschichten, deren Inhalt keinen augenscheinlichen Zusammenhang mit dem Anstoß zu einer solchen Rede erkennen läßt. Den Kranken erfaßt dabei eine Erregung, er erlebt die Situation seiner Aussage jedesmal wieder neu, und er erwartet eine spezifische Reaktion seines Gegenüber. Im Gegensatz zur Stereotypie ist seine Rede nicht monoton, leer und rhythmisiert geworden, sondern behält ihre ehemalige Ursprünglichkeit und Lebhaftigkeit bei. Die Kranken vegetieren oftmals stumpf vor sich hin und leben erst auf, wenn sie ihre Rede vorbringen.

Das Spieluhrphänomen wurde bisher nur bei den Pick'schen und Alzheimerschen Krankheit und einem Fall von Paralyse mit Herd-

symptomen beschrieben. Dieses Phänomen kann sicherlich öfters beobachtet werden. In der Literatur finden sich jedoch nur wenige Beispiele, in denen von ihm die Rede ist. Da es sich so deutlich von den Stereotypen und Manieren abhebt, möchte ich einige Fälle aus der Literatur zitieren und mit dem Fall der Auguste B. die Reihe ergänzen.

MAYER-GROSS, der dem Spieluhrphänomen seinen Namen gegeben hat, beobachtete dieses Phänomen bei einem Fall organischer Demenz. Der Kranke verfiel nach einer deliranten Phase in einen Zustand heiteren Stumpfsinnes mit amnestischen Symptomen und deutlichem Antriebsüberschuß. Dieser äußerte sich auf sprachlichem Gebiet im Hersagen kleiner, sinnvoller, sprachlich völlig korrekter Geschichten. Diese bedurften einer situativen Auslösung und wurden jedesmal mit dem gleichen Wortlaut, der gleichen ausdrucksmäßigen Betonung und sichtbaren inneren Anteilnahme hervorgebracht. Die erste dieser stets gleichförmigen Walzen betraf die Entlassung. Sobald ein Arzt oder ein Pfleger zu dem Patienten kam, begann dieser: "Also, nachher gehe ich runter, da hole ich meine Kleider." Es folgte dann eine Aufzählung der einzelnen Kleidungsstücke. "Dann fahre ich mit der Bahn nach K'ruhe, dann mit der Elektrischen bis zur Richard-Wagner-Straße, dann gehe ich in die Sophienstraße Nr. 167, im vierten Stock, da wohnen wir." Zwanzig bis dreißig Mal wurde diese Erzählung am Tage vorgebracht, sobald jemand das Zimmer des Kranken betrat. Dabei machte es keinen Unterschied, ob es jedesmal andere Besucher waren oder jedesmal dieselbe Person. Es liegt nahe, den Wunsch nach Entlassung als auslösendes Moment anzunehmen, jedoch zeigte sich im weiteren Verlauf der Krankheit, daß schließlich andere spieluhrartig abgehaspelte Erzählungen aus der Vergangenheit des Patienten die einzige spontane Sprachäußerung des sonst unzugänglichen Patienten darstellten. Eine dieser Geschichten behandelte den Lebenslauf seines Bruders, der im Krieg gefallen war. Dabei ließ sich der Patient nicht unterbrechen, sondern fuhr

mit lauter werdender Stimme bis zum letzten Satz fort. Auch wenn man ihn stehen ließ, beendete er seine Geschichte. Auf bestimmte Stichworte hin konnte man eine von diesen Geschichten beliebig oft auslösen. Dabei verwechselte er keine Einzelheiten dieser Erzählungen untereinander. Ihre Ursprünglichkeit blieb bestehen, sie erschienen nicht monoton abgeschliffen oder rhythmisiert.

Nach zwei Jahren verstarb dieser Patient. Seine Obduktion ergab eine zirkumskripte Rindenatrophie im Bereich des Schläfenlappens, entsprechend einer Pick'schen Atrophie.

Der Fall des letztgenannten Patienten stellt freilich ein Paradebeispiel eines Spieluhrphänomens dar. Nicht immer liegen die augenscheinlichsten Merkmale so offen vor uns. Doch lassen sich auch an Fragmenten von Schilderungen und Sätzen die wichtigsten Kriterien des Spieluhrphänomens nachweisen. Oft hat nur nachlassende Merkfähigkeit zu einer Schrumpfung der Rede geführt. Nicht selten versucht dann der Kranke durch gesteigerte, begleitende Mimik und Gestik diesen Mangel wieder wett zu machen. In manchen Fällen gelingt ihnen dies besser als einer normalen Vergleichsperson. LIEPMANN, STERTZ, CARL SCHNEIDER und PICK haben uns Beobachtungen "stehender" Redensarten mitgeteilt. SCHNEIDERS Patient Jatzel wiederholte ständig: "Du bist verrückt." Der Kranke Bradt, ein Patient von STERTZ, deklamierte ständig: "Ich bin gesund und kräftig, immer reell und gut, alles in Ruhe und Ordentlichkeit." PICKS Kranke Josefa jammerte ständig: "Mutterchen, Väterchen, verzeihen Sie mirs." Schon MAYER-GROSS fand in ihnen große Ähnlichkeiten mit dem Spieluhrphänomen. Die Beobachtungen stammen meist aus dem zweiten Stadium der Pick'schen Erkrankung und können leicht als Rudimente ausgedehnterer Schilderungen gelten. Entscheidend ist auch hier letztlich die begleitende emotionelle Beteiligung des Patienten.

Bei unserer 40-jährigen Kranken möchte ich auf eine Besonderheit hinweisen, die ohne weiteres auffällt. Wenn man die Kranke

unbemerkt beobachtete, sah man sie mit anderen Kranken im Garten gehen oder sitzen, aber ohne jegliches Interesse. Sie hatte keinen Kontakt zu anderen Patienten und machte, mit sich alleingelassen, den Eindruck hochgradiger Verblödung. Sobald man sich mit ihr beschäftigte, mußte man dieses Urteil fallen lassen. Sie erwachte aus ihrem Stumpfsinn und redete plötzlich lebhaft auf einen ein: "Bitte, lassen Sie mich wieder heim." Hierauf zielten alle ihre Reden ab. Sie überfällt den Arzt mit einer Flut immer wiederkehrender Bitten, begleitet von außerordentlich gesteigerter Erregung. Sie bricht dabei in Weinen aus, kniet nieder, händeringend, und versucht, die Hand des Arztes zu küssen oder dessen Beine zu umarmen. Ihr Denken ist auf ein einziges Problem fixiert. "Bitte, lassens mich wieder heim. Zu Hause geht es mir gut, da bin ich ganz gesund und zufrieden." Zu Hause aber steht sie einem ordentlichen Familienleben nur im Wege. Sie läßt den Haushalt verkommen und belästigt ihren Mann mit ihren ängstlichen Fragen.

Indem sie sich immer nur an einen Arzt oder Pfleger mit ihrem Flehen wendet, diese immerfort mit ihren Bitten bedrängt, läßt sie doch erkennen, daß sie eine Reaktion, eine Zustimmung erwartet. Sie beobachtet genau, welche Reaktion sie mit ihrem Weinen hervorruft. Ihre Erregung steigert sich dabei bis zur Besinnungslosigkeit. Die Patientin ist aber für wenige Minuten zu beruhigen, wenn man ihr nur die baldige Erfüllung ihrer Wünsche verspricht. Dann aber setzt sie, einem verborgenen Zwang folgend, wieder mit ihrem Bitten und Weinen ein. Der verbigerierende Kranke bleibt von den Reaktionen seines Gesprächspartners völlig ungerührt. Er ist auf einen Partner gar nicht angewiesen. Er läßt sich auch durch Zustimmung oder Ablehnung nicht aus seinem Vortrag bringen.

Das Spieluhrphänomen wurde bisher ausschließlich bei hirnatrophischen Prozessen als Nebenfund beobachtet. Bei unserer Patientin läßt sich ein solcher Prozeß noch nicht schlüssig nachweisen.

Jedoch bestärken die Ergebnisse der psychologischen Teste den Verdacht auf ein derartiges Geschehen. Die Merkmale des Spieluhrphänomens, der zwanghafte Charakter, die Anteilnahme der Patientin, der eingeschränkte Problemkreis, würden gut zu dem Bild eines organischen Geschehens passen.

## Z U S A M M E N F A S S U N G

Der Gegenüberstellung von Spieluhrphänomenen und Verbigeration wurde der Fall der Auguste B. vorangestellt.

Die Patientin, heute 40 Jahre alt, war bis vor sechs Jahren ein lebensfroher, unauffälliger Mensch gewesen. Nach der Geburt ihres Kindes und dem Tod ihrer Mutter zeigten sich die ersten Anzeichen einer Wesensänderung. Die Patientin zeigte ein verwahrlostes Äußeres, zog sich aus dem geselligen Leben zurück, ließ den Haushalt verkommen, stand ihrem Mann und dem Kind überall im Wege, schlief viel und belästigte andere Leute mit ängstlichen Bitten, man solle ihr das Kind nicht wegnehmen. Ihr Zustand verschlechterte sich zusehends. Schließlich wurde sie in der Nervenklinik der Universität München stationär aufgenommen. Dreimal innerhalb kurzer Zeit war sie hier zur Behandlung. Ein dauerhafter Erfolg konnte nicht erzielt werden. Psychologische Tests ergaben eine hochgradige Debilität und den Verdacht auf einen hirnatrophischen Prozeß. Dieser Verdacht konnte jedoch weder mit der Pneumenzephalographie noch dem EEG erhärtet werden. Die Patientin zeigte als Nebenfund ein auffallendes sprachliches Phänomen, das wir als Spieluhrphänomen gedeutet haben. Von ihm ist hier die Rede.

Die Patientin überfiel jeden Arzt oder Pfleger, dem sie begegnete oder der mit ihr zu sprechen versuchte, mit der drängenden Bitte nach Entlassung. Sie wiederholte diese Bitte unaufhörlich und geriet dabei in immer heftigere Erregung. Sie brach in Tränen aus, kniete nieder, küßte die Hand ihres Gegenübers, rang die Hände und geriet ganz außer sich. Obwohl der Inhalt ihrer Rede stereotypen Charakter hatte, fiel doch die gesteigerte emotionelle Beteiligung an ihrer Rede auf. Während der verbigerierende Kranke ohne Zwang und ohne innere Anteilnahme seine stereotypen Sätze und Worte monoton herunterleiert, imponierte unsere Kranke durch ihre begleitende,

verstärkte Gemütsbewegung. Ihre Bitten hatten einen zwanghaften Charakter, ihr Problemkreis erwies sich als sehr stark eingeschränkt. War sie einmal beruhigt, setzte sie unvermittelt wieder mit ihrem Flehen ein. Die Rede läuft aber nicht automatisch ab, wie wir es von den Stereotypen kennen, sondern wir konnten sogar erkennen, wie die Patientin unsere Reaktion registrierte und wie die Stärke ihrer Erregung damit korrespondierte. Die Verbi-  
geration zeigt sich völlig unabhängig von einer Reaktion eines Gesprächspartners.

# L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- BRONISCH, F.W.: Die psychischen Störungen des älteren Menschen. Stuttgart: Enke, 1962.
- BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie, herausgeb. v. G. Aschaffenburg. B. : Spez. Teil, Leipzig u. Wien: Deuticke, 1911.
- BLEULER, M. : Lehrbuch der Psychiatrie. 10. Auflage Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer, 1966.
- GUIRAUD, P. : Analyse du symptome stéréotypie. Encéphale 31, 229-270. (1936).
- HEILBRONNER, K. : Über Haftenbleiben und Stereotypie. Mschr. Psychiatr. 18, 293-371. (1905) Ergänzungsheft.
- KAHLBAUM, K. : Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin: Hirschwald. 1874.
- KLÄSI, J. : Über die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien. Berlin: Karger. 1922.
- KRAEPELIN, E. : Psychiatrie. Leipzig: J. A. Barth. 1913.
- LIEPMANN, H. : Ein Fall von Echolalie, Beitrag zur Lehre von den lokalisierten Atrophien. Neurol. Cbl. 19, 389-399. (1900).
- MAYER-GROSS, W. : Zur Symptomatologie organischer Hirnschädigungen. (Sitzg. ber. ) Arch. Psychiatr. 92, 433-435. (1930).

- NEISSER, C. : Über das Symptom der Verbigeration. Allg. Zschr. Psychiatr. 46, 168-232. (1890).
- SCHNEIDER, C. : Über Picksche Krankheit. Mschr. Psychiatr. 65, 230-275. (1927).
- SOEKEN, H. : Über die Alzheimersche und Picksche Krankheit mit einer Besprechung zweier Fälle von Pickscher, Alzheimerscher und eines Falles von Pickscher Krankheit aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen. Diss. 1939.
- SPOERRI, Th. : Sprachphänomene und Psychose. Basel : Karger. 1964.
- STERTZ, G. : Über die Picksche Atrophie. Z. Neurol. 101, 729-747. (1926).

Herrn Professor Dr. Heinz DIETRICH  
möchte ich abschliessend für die Über-  
lassung des Falles, sowie auch für die  
stets gewährte Unterstützung bei der  
Ausarbeitung von Herzen danken.

## L E B E N S L A U F

Am 25. November 1937 wurde ich als fünfte Tochter des Varkey Vadakuncherry und seiner Ehefrau Mary, geb. Punchapuducherry, in Edanad, Kerala, Indien, geboren. Mit sechs Jahren trat ich in die St. Joseph-Schule in Kanjoor ein, die ich mit der erfolgreichen Abschlußprüfung : S. S. L. C. im März 1954 verließ. Von 1956 - 1959 besuchte ich das St. Berchman's College der Universität Kerala, wo ich die naturwissenschaftlichen Fächer Physik, Botanik, Chemie und Zoologie studierte. Nach Abschluß dieses Studiums bekam ich das Diplom B.Sc. Danach trat ich im Jahr 1960 in die Kongregation der Schwestern vom Hl. Joseph in Kothamangalam ein. Im Sommer 1964 begann ich das Medizinstudium an der Universität Würzburg. Nach dem ersten Semester wechselte ich an die Universität München über. Winter 1965 Vorphysikum, Sommer 1966 Physikum. Im Sommer 1970 legte ich das Staatsexamen erfolgreich ab.







